

～ 医療法人協仁会 クリニックこまつ 診療予約申込書 ～

送信日 年 月 日

クリニックこまつ
地域医療連携室行

TEL : 072-823-1522 (代)

FAX : 072-821-7013

【受付時間】 平日 9:00～16:30
土曜 9:00～12:00

貴院名 :

所在地 :

TEL :

FAX :

医師名 :

ご担当者名 :

●ご記入の上、診療予約申込書と紹介状、保険情報を当院までFAXしてください。

フリガナ					性別
患者氏名	姓	名		男 ・ 女	
生年月日	大正 昭和 年 月 日 歳 平成 令和				
住所	(〒)				
電話番号	自宅	- -			
	携帯	- -			
患者状況	☐ 入院中 ☐ 外来通院 (待機中・帰宅)		☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり		
診療科	☐ 内科 ☐ 小児科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 糖尿病センター ☐ 泌尿器科 ☐ 外科 ☐ 眼科 ☐ 整形外科 ☐ 消化器内科 ☐ 循環器内科 ☐ 呼吸器科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 乳腺外来 ☐ ペインクリニック ☐ 睡眠呼吸器外来 ☐ 緩和ケア科 ☐ その他 ()				
希望医師	☐ なし ☐ あり → 医師				
希望日	☐ 希望日なし 【 不可日 : 】 (① 月 日) (② 月 日) (③ 月 日)				
備考欄					